

福祉サービス第三者評価結果報告書 (平成 26 年度)

指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】

評価対象事業所名称：藤沢富士白苑



1	<p>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>事業者が大切にしている考え（事業者の理念・ビジョン・使命など）のうち、特に重要なもの（上位5つ程度）を簡潔に記述 （関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</p> <p>1)4原則の内、経営理念 2)4原則の内、目標 3)4原則の内、目標達成のポイント 4)4原則の内、グループ全体で気を付けている事</p>
2	<p>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</p> <p>(1)職員に求めている人材像や役割 法人が指針である理念を筆頭とした4つの原則に則したサービスを提供できる職員を求めています。</p> <p>(2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感) お客様のご要望に応じて、新しいサービスを創り出すこと。</p>

調査対象

事業者と協議し比較的コミュニケーションに支障がなく意向確認ができる10名の利用者を選定し、個別の聞き取り調査を実施しました。対象者の内訳は男性1名・女性9名、70歳未満10%、70歳代20%、80歳代70%。

調査方法

一人30分程度、施設内で聞き取り調査を実施。事前に施設側に対象者の特性を所定のシートにまとめていただき、参考としました。

利用者総数

140

共通評価項目による調査対象者数
 共通評価項目による調査の有効回答者数
 利用者総数に対する回答者割合(%)

アンケート	聞き取り	計
	140	140
	10	10
0.0	7.1	7.1

利用者調査全体のコメント

・標準手法である利用者ご本人に対する聞き取り調査を実施しました。
 ・聞き取り調査を補完する目的で聞き取り調査と同じ項目で家族アンケートの実施、さらに聞き取り調査の当日に合わせて滞在調査を実施しました。
 ・聞き取り調査当日の昼食は、給食の試食も兼ねて、利用者と同じ献立の昼食を食堂で一緒にとらせていただきました。
 ・滞在調査では、担当評価者がお昼を挟む一定時間、施設内をラウンドし、作業や活動の様子を拝見する中で、利用者の意向を可能な範囲で把握しました。
 ・総合的な事業所に対する評価は、利用者本人の聞き取り調査では「大変満足」「満足」と回答した方は90%でした。同項目で実施した家族アンケートでは、「大変満足」「満足」と回答した方は80%と高い満足度が示されています。
 ・14問中9問で「はい」と回答した方は8割を超えており、高い満足度が示されています。設問別にみると、個人の尊厳の尊重(問9)、不満や要望への対応(問13)については全員の方が「はい」と回答しており、非常に高い満足度が示されています。家族アンケートにおいては、14の設問中7問で「はい」と回答した方が70%を超えています。

場面観察方式の調査結果

調査の視点：日常生活で利用者の発するサイン(呼びかけ、声なき呼びかけ、まなざし等)とそれに対する事業者のかかわり

調査時に観察することができた場面から評価者が感じたこと

《調査時に観察した場面》

《調査時に観察した場面から評価者が感じたこと》

評価者が感じたことなどに対する事業者のコメント

--

利用者調査結果

共通評価項目 コメント	実数			
	はい	どちらとも いえない	いいえ	無回答 非該当
1. 食事の献立や食事介助など食事に満足しているか	9	1	0	0
「はい」と回答した方は90%と非常に高い満足度が示されており、「美味しいです」といった声が寄せられています。「どちらともいえない」と回答した方は10%です。「いいえ」と回答した方はいませんでした。				
2. 日常生活に必要な介助を受けているか	9	1	0	0
「はい」と回答した方は90%と非常に高い満足度が示されており、「よくやってもらっていて安心です」といった声が寄せられています。「どちらともいえない」と回答した方は10%です。「いいえ」と回答した方はいませんでした。				
3. 施設の生活はくつろげるか	9	0	0	1
「はい」と回答した方は90%と非常に高い満足度が示されており、「好きな活動に参加しています」といった声が寄せられています。「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は10%です。				
4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか	9	0	1	0
「はい」と回答した方は90%と非常に高い満足度が示されており、「良くやってくれています」といった声が寄せられています。「いいえ」と回答した方は10%です。				
5. 施設内の清掃、整理整頓は行き届いているか	9	1	0	0
「はい」と回答した方は90%と非常に高い満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答した方は10%です。「いいえ」と回答した方はいませんでした。				

6. 職員の接遇・態度は適切か	8	2	0	0
「はい」と回答した方は80%と高い満足度が示されており、「挨拶や服装はきちんとしています」といった声が寄せられています。「どちらともいえない」と回答した方は20%です。「いいえ」と回答した方はいませんでした。				
7. 病気やけがをした際の職員の対応は信頼できるか	9	1	0	0
「はい」と回答した方は90%と非常に高い満足度が示されています。「どちらともいえない」と回答した方は10%です。「いいえ」と回答した方はいませんでした。				
8. 利用者同士のトラブルに関する対応は信頼できるか	4	4	0	2
「はい」と回答した方は40%です。「どちらともいえない」と回答した方は40%で、「けんか等はないので分からない」といった声が寄せられています。「無回答・非該当」は20%です。				
9. 利用者の気持ちを尊重した対応がされているか	10	0	0	0
全員の方が「はい」と回答しており、非常に高い満足度が示されており、「みんな優しく接してくれます」といった声が寄せられています。				
10. 利用者のプライバシーは守られているか	5	0	1	4
「はい」と回答した方は50%に留まっています。「いいえ」と回答した方は10%です。「プライバシーに関する話をすることがありません」と回答した方は「無回答・非該当」とし、40%です。				
11. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか	3	5	0	2
「はい」と回答した方は30%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は50%で「計画等は見たことがありません」といった声が寄せられています。「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は20%です。				
12. サービス内容や計画に関する職員の説明はわかりやすいか	4	4	0	2
「はい」と回答した方は40%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は40%で、「計画等は見たことがありません」といった声が寄せられています。「いいえ」と回答した方はいませんでした。「無回答・非該当」は20%です。				

13. 利用者の不満や要望は対応されているか	10	0	0	0
全員の方が「はい」と回答しており、非常に高い満足度が示されており、「要望は伝えやすいです」といった声が寄せられています。				
14. 外部の苦情窓口（行政や第三者委員等）にも相談できることを伝えられているか	2	5	1	2
「はい」と回答した方は20%に留まっています。「どちらともいえない」と回答した方は50%で、「聞いたことはありません」といった声が寄せられています。「いいえ」と回答した方は10%です。「無回答・非該当」は20%です。				

I 組織マネジメント項目(カテゴリ1～5、7、8)

No.	共通評価項目	
	カテゴリ1	
1	リーダーシップと意思決定	
	サブカテゴリ1(1-1)	
	事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 8/9
	評価項目1 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している 評点(○○○●)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている <input type="radio"/> 非該当
	<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	3. 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど) <input type="radio"/> 非該当
	評価項目2 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている 評点(○○)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している <input type="radio"/> 非該当
	評価項目3 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している 評点(○○○)	
	評価	標準項目
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している <input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えていく <input type="radio"/> 非該当

カテゴリー1の講評

理念経営の実現を目指し、「4原則」を高いレベルで浸透させようとしています

理念経営の実現を目指し、「経営理念」、「目標」、「目標達成のポイント」、「グループ全体で気を付けていること」を事業所のあらゆる場所に掲示しており、職員が常に意識する環境が整備されています。また、朝礼時に暗唱したり、職員の目標設定の中にも理念への理解・浸透の機会を取り入れるなど、高いレベルで4原則の浸透を図ろうとしています。一方、重要な案件の周知は、口頭で伝えたり、メールを使用した工夫がみられますが、非常勤職員を含む末端の職員に対しての周知が弱いようです。指揮命令系統の整備など、更なる工夫が望まれます。

管理体制を充実させることによる運営の安定化が望まれます

平成24年の開設以降、当グループの理念を大事にしてそれに共感できる人材の採用を優先してきた経緯もあり、開設3年目によりやく140名定員のフル稼働が達成できました。今後は、事業所の重点目標の一つである「入所・短期合算の稼働率99.5%」の達成に向けた取り組みの強化が求められます。そのためにも、担当課長の入れ替わりが多いなど、組織の管理体制を充実させるうえでネックとなっている要因を改善し、運営を安定化させていくことが望まれます。

事業所の理念や方針などを家族に対して発信する取り組みの充実が望まれます

家族会の機会は定期的に設けていますが、その中で事業所の理念や方針などを発信することは少ない状況にあります。「自宅復帰プログラム」や「介護アロマの導入」、「介護ロボットパルコの導入」など、事業所が独自性を持って取り組んでいる事柄について、「どのような意図を持って実施しているのか」、「利用者・家族にどのような影響や効果が期待できるのか」といったことについて、事業所の理念や方針に立ち返って説明をしていくことが望まれます。

2			カテゴリー2	
経営における社会的責任				
サブカテゴリー1(2-1)				
社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる			サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4/4	
評価項目1 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している 評点(〇〇)				
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる			<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている 評点(〇〇)				
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 透明性を高めるために、地域の人々の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している			<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー2(2-2)				
地域の福祉に役立つ取り組みを行っている			サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7/7	
評価項目1 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある 評点(〇〇)				
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている			<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している 評点(〇〇〇)				
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など)			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている			<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 地域の関係機関との連携を図っている 評点(〇〇)				
評価	標準項目			
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している			<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている			<input type="radio"/> 非該当

カテゴリー2の講評

介護者教室や栄養教室を開催して地域への社会還元事業に取り組まれています

年3回の介護者教室及び栄養教室を開催し、専門家や職員自らが講師となり、在宅介護の知識並びに認知症の予防・改善について積極的に発信しており、自分達の資源を社会還元する仕組みが整っています。また、事業所の納涼祭には近隣の住民も多く訪れているほか、地域の自治会のイベントへの参加や民生委員とのネットワークづくりを進めるなど、地域との関係構築にも力を入れ始めています。地域包括ケアシステムや社会福祉法人に求められる地域貢献を見据えた、今後の進展が期待されます。

特長的な研修の導入により倫理観・マナーの浸透に積極的に取り組まれています

新入職員へのオリエンテーション時における4原則や福祉人として守るべき規範・倫理の周知や、定期的な接遇研修を実施しており、倫理観やマナーの浸透に力を入れています。また、主任を対象として禅寺特訓道場での規律礼儀特訓なども行っており、組織として規律ある運営を目指す特長的な研修も実施しています。さらに、毎月の業務研修や定期的な管理職面接を通して理解が深まるような取り組みが実践されています。

地域に対する情報発信の取り組みを充実させていくことが望まれます

開設以降に取り組んできた、介護者教室・栄養教室や納涼祭などの取り組みを通じて、地域における事業所の認知度も向上してきていると推察されます。しかし、広報誌などを作成・広く配布することによる地域向けの情報発信・公表活動においては改善の余地があります。事業所運営の透明化を進め、地域と良好な信頼関係をつくり上げていくことで、今後実施を検討している介護初任者研修などの新しい事業においても、成果が上がるものと考えます。さらなる取組みに期待します。

3			カテゴリー3	
利用者意向や地域・事業環境の把握と活用			サブカテゴリー1(3-1)	
利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している			サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	8/8
評価項目1 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む)			評点(〇〇)	
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えてい			○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる			○ 非該当
評価項目2 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる			評点(〇〇〇)	
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる			○ 非該当
● あり ○ なし	2. 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している			○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる			○ 非該当
評価項目3 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している			評点(〇〇〇)	
評価	標準項目			
● あり ○ なし	1. 地域の福祉ニーズの収集(地域での聞き取り、地域懇談会など)に取り組んでいる			○ 非該当
● あり ○ なし	2. 福祉事業全体の動向(行政や業界などの動き)の収集に取り組んでいる			○ 非該当
● あり ○ なし	3. 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している			○ 非該当
カテゴリー3の講評				
<p>施設長を筆頭に、利用者ニーズの把握・対応に真摯にあたっています</p> <p>施設長自ら朝夕の現場視察を行って利用者の状態や職員の対応などを把握されています。また、施設長と利用者間で顔の見える関係づくりが進んでいます。利用者・家族からの意見は、管理職全員が把握した上で文書に取りまとめ、事業所内に掲示しています。その他、面会カードの設置場所を工夫したり、家族懇談会を年2回開催したり、新規サービスの提案会を適宜開催するなど、幅広く利用者・家族からの意見を募っています。</p> <p>利用者・家族の期待に継続的に添えるよう、常に向上を目指していくことに期待します</p> <p>開設以降、利用者や家族から厳しい意見を頂戴することもありましたが、今回の利用者・家族アンケートでも好意的な回答もいただくことができ、一定程度のサービス水準が出来上がりがつつあることが推察されます。ただ、不満や改善を求める意見も上がっていますので、今後は、職員が落ち着く中でさらなるサービスの質の改善を図り、利用者・家族の期待に継続的に沿うことが出来るよう、常に向上を目指して組織一丸となった取組みに期待します。</p> <p>介護保険制度の動向や地域ニーズについて現場層への共有に工夫が求められます</p> <p>来年度、特養の経営に大きな環境変化が予想されています。介護保険制度の動向等については積極的に情報収集を行っていますが、経営層が理解しているだけでなく、現場リーダー層への共有や浸透をさらに深める工夫が求められます。また、地域の動向やニーズについても、職員一人一人がアンテナを張って収集し、事業所の持つ社会資源の活用につなげていくような意識を持って行動していくことが期待されます。</p>				

カテゴリ4		
4	計画の策定と着実な実行	
サブカテゴリ1(4-1)		
実践的な課題・計画策定に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 10/11
評価項目1 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している		
評点(○○●)		
評価	標準項目	
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	1. 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 年度単位の計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している		
評点(○○○○)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している	<input type="radio"/> 非該当
評価項目3 着実な計画の実行に取り組んでいる		
評点(○○○○)		
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にするなど の取り組みを行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを測る指標を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んで いる	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ-2(4-2)

利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる サブカテゴリ毎の
標準項目実施状況 **4/4**

評価項目1
利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる 評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる	○ 非該当

カテゴリ-4の講評

3カ年程度の環境変化を分析し、中期の経営計画の策定が望まれます
 事業所の単年度の事業計画は、非常に精緻に作成されています。事業方針を明確にした上で、「強化項目」を打ち出しており、「今年度、何を達成すべきかなのか」が一目で分かるようになっていました。しかし、今後は介護保険制度の大きな改正など、事業所の経営に影響を与える多くの変化が予測されますので、単年度の事業計画に止まらず、事業所としての3カ年程度の環境分析を踏まえた中期の経営目標と事業計画の策定が望まれます。

自宅復帰プログラム等、経営理念に沿った独自の取り組みの成果が期待されます
 事業計画の中で、経営理念に沿った独自の取り組みの実践が掲げられています。なかでも自宅復帰プログラムを通じて、利用者の自宅復帰の希望を実現することが事業所の使命である、という認識が強く打ち出されています。ケアプランには自宅復帰した場合、必要になるであろう「夜中一人でトイレに行けるようになる」等を目標に掲げて半年ごとのモニタリングに力を注いでいます。取組み自体は行っていますが、理学療法士の欠員等の原因により成果が思う以上に上がっていない状況も見受けられます。具体的な成果を積み重ねていくことが期待されます。

利用者の安全確保・向上において、常に問題意識を持って取り組んでいます
 利用者の安全確保・向上のために様々な組織的活動を行っています。事故発生時には速やかに事故検討会を開催し、再発予防策の検討を行っています。感染症予防のために、看護師の指導のもと、全職員を対象とした実技講習を行っています。地域の消防署、警察署とも連携をとり、合同の防災訓練を実施したり、災害時の担当一覧を作成するなどして備えをしています。事業所では、安全確保・向上に対して常に問題意識を持っており、今後も事故の再発防止策の徹底などに注力していく考えです。

カテゴリ-5		
5	職員と組織の能力向上	
サブカテゴリ-1(5-1)		
事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 8/8
評価項目1 事業所にとって必要な人材構成にしている		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 職員の質の向上に取り組んでいる		評点(00000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	5. 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-2(5-2)		
職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況 7/7
評価項目1 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2

職員のやる気向上に取り組んでいる

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

カテゴリ5の講評

新卒・新人を採用する際、理念の理解を重視し、その点検の上採用しています

新人の採用時には、法人の掲げる「4原則」の説明を行ない、理解してもらうことに重きを置いています。また、2次選考では、現場リーダーや職員がチェックシートを使い、現場職員の目でチェックを行い、評価を行なった後に採用する仕組みが取られています。事業所におけるサービスの質を低下させないよう、職員採用に重きを置いています。採用後は、「2年間で一人前の介護士に育てる」ことを目標に、ベテラン職員による3か月間のマンツーマン指導や、目標管理による指導などが実施されています。

法人の「4原則」と連動した目標管理制度や、目的を明確にした人事考課があります

法人が掲げる「4原則」を職員に根付かせるための目標管理制度が運用されています。目標管理シートには、4原則に沿った個人目標が設定され、半年ごとに目標の達成度を振り返り機会をつくっています。人事考課では、「接遇がいい社員」、「勤務時間内に150%の仕事をしてお客様から高い評価を受ける社員」と、考課のポイントが明確に打ち出されています。また、職員の適正を判断した上で、アロマコーディネーターや介護予防運動指導員などの専門資格の取得も促しています。

組織図通りの指揮命令系統による業務遂行に工夫が求められます

組織図は整備されていますが、担当課長の入れ替りやリーダー不在などの要因により、組織図通りの指揮命令系統が一部機能しないようです。現在は、施設長の力量でカバーされていますが、それにも限界があります。今後は現場リーダーの育成を休務とするとともに、現場リーダー層が縦のラインと責任を意識して、組織的な仕事ができるようにすることが必要です。

7			カテゴリ-7		
7			情報の保護・共有		
			サブカテゴリ-1(7-1)		
情報の保護・共有に取り組んでいる			サブカテゴリ毎の標準項目実施状況		7/7
評価項目1 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる			評点(000)		
評価	標準項目				
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している		<input type="radio"/> 非該当		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している		<input type="radio"/> 非該当		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している		<input type="radio"/> 非該当		
評価項目2 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している			評点(0000)		
評価	標準項目				
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している		<input type="radio"/> 非該当		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している		<input type="radio"/> 非該当		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している		<input type="radio"/> 非該当		
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている		<input type="radio"/> 非該当		
カテゴリ-7の講評					
<p>情報の保護および共有について、ソーシャルメディア対策の検討が望まれます</p> <p>法人内の情報については、基本的に職員が自由にアクセスできるファイルと、課長補佐以上の管理職のみしかアクセスできない管理職ファイルが設定されています。既存のデータの更新は、法人本部で一括して管理されていますが、施設間のファイアーウォールの規制の有無も明確になっていません。一方、職員によるインターネット等へのアクセスやメールの使用等に対する規制はなく、ソーシャルメディア対策は、講じられていない状況です。施設間の情報のやり取りのやソーシャルメディア対策をどうするのか、今後の検討が期待されます。</p> <p>個人情報の保護における基本的な対応はできています</p> <p>個人情報保護方針は、施設内に掲示され、グループのホームページ上でも示されています。また、情報公開・開示規定に従い、入所時に利用者からも個人情報利用の同意書を取り付けています。職員に対して入職時の研修等も実施されており、個人情報等の保護に対する基本的な取り組みはなされています。ただし、法令に基づき不要になってしまった個人情報の取り扱いに明確な規定がないようですので、今後の整備が期待されます。</p>					

カテゴリ-8

8 カテゴリ-1～7に関する活動成果

サブカテゴリ-1(8-1)

前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリ-1で評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリ-1:「リーダーシップと意思決定」
 ・カテゴリ-2:「経営における社会的責任」
 ・カテゴリ-4:「計画の策定と着実な実行」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

自宅復帰プログラムの確立に向けて進んでいますが、更なる改善が求められます
 平成26年度の事業計画の強化項目として『自宅復帰プログラム』の確立が掲げられ、効果も表れているようですが、理学療法士の欠員が原因で試みが進んでいない部分も見受けられます。さらなる工夫が求められます。

サブカテゴリ-2(8-2)

前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリ-5で評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリ-5:「職員と組織の能力向上」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

新卒採用や職員に対するマインド研修の成果で離職が減っています
 平成25年度は49名の採用に対して29名の離職ということで採用者の数より離職者の数は下回っていましたが、平成26年度は、さらに離職が少なくなっているようです。政策的な人事異動により現場に無理を来たしている部分もない訳ではないようですが、それにも増してマインド研修と専門分野の知識・技術研修のバランスの取れた研修体系と新卒重視の新人採用が功を奏してきているようです。

サブカテゴリ-3(8-3)

前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリ-6で評価される部分について、改善を行い成果が上がっている
 ・カテゴリ-6:「サービス提供のプロセス」
 ・カテゴリ-7:「情報の保護・共有」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

今年度140名定員フルで利用者を受け入れているが、個人情報保護が徹底されています
 平成25年度比べて入居者が40名程度増えていますが、個人情報の保護が徹底されているようです。

サブカテゴリ-4(8-4)

事業所の財政等において向上している

評価項目1

財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

今年度重点目標である「入所・短期合算稼働率99.5%」の達成に近づきつつあります

平成26年秋に140名の入居者がフル稼働する様になり、平成26年度の事業計画の重点目標の一つである「入所・短期合算で99.5%の通期稼働率の達成に向けて努力が実ってきています。短期入所の稼働率は120%を超え、高いレベルで安定稼働しています。

サブカテゴリ-5(8-5)

前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している

評価項目1

前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリで評価される部分において改善傾向を示している
・カテゴリ-3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

- 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
- 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

介護ロボット”パルロ”が利用者の安心につながってきています

介護ロボット”パルロ”が各フロアに1台ずつ設置導入されています。認知症の利用者が1日の大半をパルロとの会話の中で落ち着いてきたり、機能訓練指導でもパルロが活躍しており、この介護ロボットの導入が施設サービスの価値を高めてきているようです。

II サービス提供のプロセス項目(カテゴリ-6-1～3、6-5～6)

No.	共通評価項目	
サブカテゴリ-1		
1	サービス情報の提供	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 4/4
評価項目1 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリ-1の講評		
<p>施設の紹介は、パンフレットやチラシ、ホームページを活用し発信しています</p> <p>法人全体の施設紹介をしているパンフレットの他、独自でチラシを作成し、問い合わせをいただいた方々に配布しています。チラシは利用者本人用と家族用と別々に作成しており、簡潔で分かりやすく、何を重視しているのか、法人目標のポイントをあげてそれぞれ作成しています。その他、法人本部で管理しているホームページにて施設の情報を発信していますが、当施設の特長や取り組みの発信という意味では、まだ改善の余地があると推察されます。</p> <p>見学者の希望に沿って対応し、施設の特長を伝えて案内しています</p> <p>見学者の対応は生活相談員を窓口としていますが、不在の場合はケアマネジャー、主任、副主任も対応できるようにしています。生活相談員専用のカレンダーには、見学、相談の予定日が一目でわかるように整理されており、来所する見学者の時間等はそのカレンダーで確認することができます。見学の日時はあくまでも希望に沿って対応することとしており、見学者を案内する時は、「本人の望むサービスを提供していること」、「基準より広い居室」など当施設の特長を伝えるよう努めています。</p>		
サブカテゴリ-2		
2	サービスの開始・終了時の対応	サブカテゴリ毎の 標準項目実施状況 6/6
評価項目1 サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
サブカテゴリー2の講評		
<p>事前面接にて今後の希望を把握し、入所後のケアにつなげています</p> <p>入所決定に際しては、ケアマネジャーと生活相談員による事前面接を本人のいる場所に訪問して実施しています。面接時の聞き取りの際、施設方針の一つである、「在宅復帰」を望むかどうかの意思確認をしています。利用者本人の意向で「自宅に帰りたいか」を確認し、生まれたところから家族のこと、若いころのことなどを聞き取り、今後の活動に反映するよう取り組んでいます。面接記録は各ユニット担当のケアマネジャーを中心にサービス担当者会議内でも共有し、コピーを回覧して職員全体が把握できるよう共有しています。</p> <p>本人の希望するケアを提供するため、意向把握しています</p> <p>入所時に生活相談員より契約内容の説明があり、入所日にはオリエンテーションを実施し、生活相談員、ケアマネジャー、栄養士、看護師、介護職員がそれぞれの立場から行っています。その際、看護師より「医療的ケア、延命についてのアンケート」を利用者・家族に伝え、対応についての意向を把握しています。日頃より食事が取りづらくなった時、緊急搬送の時、看取りについてなど、最期をどのような姿を希望しているのかを把握して、希望するケアの方針を立てて支援できるよう取り組んでいます。</p>		
サブカテゴリー3		
3	個別状況に応じた計画策定・記録	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 9/10
評価項目1 定められた手順に従ってアセスメントを行い、利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている	<input type="radio"/> 非該当
評価項目2 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の施設サービス計画を作成している		評点(〇〇〇)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している		評点(○●)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしくみがある	<input type="radio"/> 非該当
<input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> なし	2. 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目4 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している		評点(○○)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ3の講評

専門職評価表にて、専門的視点で現状の分析を行い、ケアの充実を図っています

多職種によるサービス担当者会議にてケアプランを確定し、プランが決定すると6ヶ月で設定している短期目標の設定時期に合わせてその進捗状況を確認しています。短期目標に対する達成度は、「専門職評価表」で、介護、看護、栄養、機能訓練とそれぞれの視点から、目標に対しての現況、結果、次のプランへの評価など記載できるよう作成しており、それぞれの専門的視点において現状を分析しています。サービス内容もこの結果に基づき変更しており、本人にとって有効なケアを提供できるよう取り組んでいます。

現状に必要なケアに対する内容を充実させるべく記録の積み重ねの検討が期待されます

毎月、居室担当は、利用者の「ケア方法・サービス上の注意点」を作成しています。食事、排泄、移動、移乗、行動、レクリエーション、口腔ケア、夜間帯など、利用者の現状に必要なケアに関する内容をまとめています。この内容はケアプラン変更時にも参考にしています。これらをまとめるにあたり、必要となる情報は、日々の記録となりますが、記録はケアプランとの連動性が薄く、情報量としてもまだ改善の余地があります。利用者の現状を検証する仕組みを更に深めるためにも、連動性を意識した記録の積み重ねについて検討することが期待されます。

在宅復帰を目指し、家族や本人の希望を把握しながら取り組んでいます

家族の現状や利用者の状態や希望を考慮した中で在宅復帰プログラムを進めています。日常生活動作に問題がない場合は在宅復帰検討会議を開いて検討し、計画的に進めています。排泄については、トイレに自分でいけること、オムツ→リハビリパンツ→パットなど自分でできるようにしていくこと、食事についても、家庭でも食せる食形態に変更していくなど、段階を踏んで在宅復帰を目指していきます。今後は自宅の環境設定の見直しに関して、居宅介護事業所やショートステイの利用など社会資源の活用も伝えながら実現に向けて取り組んでいます。

サブカテゴリ5

5	プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	7/7
----------	--------------------	-------------------------	------------

評価項目1 利用者のプライバシー保護を徹底している		評点(○○○)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部とやりとりする必要がある場合には、利用者の同意を得ようとしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している		評点(0000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に予防・再発防止を徹底している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

サブカテゴリ5の講評

居室は利用者の「家」という認識の中で対応するよう心がけています

居室は個室ですが、日中は、ユニット内のリビングで他の利用者と一緒に過ごす時間が多いことから、利用者に関する情報については、利用者のいる前では話をしない、個人情報記録室に保管するなど取扱いには気を付けています。居室内に入る際も、そこはその利用者の「家」という認識で対応することとしており、必ず声掛けやノックをしてから入室するなど心がけています。居室での排泄介助の際も、排泄カートなどは使用せず、エコバックに排泄介助用品を入れて外からはわからないように羞恥心にも配慮し工夫しています。

委員会活動や研修にて職員が意識を高めて取り組めるよう行っています

身体拘束廃止委員会では、各ユニットでの取り組みについて確認しあい、施設としてどのような方針で行っているのかも伝え、確認しながら取り組んでいます。また、高齢者虐待に関する研修会は年1回、全職員対象に実施しています。今年度は「スピーチロック」について実施しました。研修後は、研修報告を作成し、その中には自分の理解度を記載することとしています。接遇は法人全体で重点的に取り組んでいることから、職員間で共通認識を持ち取り組んでいるのかを確認できるアンケート等の活用も今後検討していくことも期待されます。

サブカテゴリ6

6 事業所業務の標準化	サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	11/11
--------------------	-------------------------	--------------

評価項目1 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目2 サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている		評点(000)
評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3

さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

評点(00000)

評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している	○ 非該当
● あり ○ なし	5. 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている	○ 非該当

サブカテゴリ6の講評

共通した取り組みが行えるよう、マニュアルの活用について職員に伝えています

各ユニットに「業務マニュアル」を配置しており、全体で共通した取り組みが行えるよう準備しています。マニュアルの内容については、該当する各委員会において見直しを行うこととしています。実際のケアや研修等の中でその内容を理解するためには、マニュアルを見て確認するよう職員に周知しています。内部研修でもマニュアルを活用しながら、新人職員は一人立ちすることを目的に教育的な視点も盛り込み活用できるよう取り組んでいます。

事故、ヒヤリハット、インシデントの線引きを共有するよう検討することが期待されます

施設内で起きた事故については、行政報告を挙げる時、身体に異変がある時、病院に行く時という場合には「事故」、ヒヤっとしたことは「ヒヤリハット」、ヒヤリの前段階については「インシデント」と基準を定めていますが、この線引きが職員によってバラつきが見受けられます。また、インシデントについては、ユニットに設置しているノートに記載することにしてはいますが、その対策も練り会議において報告することとしています。今後は、より多くの職員から「気づき」をあげてもらい、予防等に活かしていくことが期待されます。

Ⅲ サービスの実施項目(カテゴリ6-4)

		サブカテゴリ4	
サービスの実施項目		サブカテゴリ毎の標準項目実施状況	
		42 / 43	
1 評価項目1 施設サービス計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている			
評点(〇〇〇)			
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 施設サービス計画に基づいて支援を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の意向や状態に応じて、生活の継続性を踏まえた支援を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	3. 介護支援専門員を中心に、介護、看護、リハビリ、栄養管理等の職員が連携して利用者の支援を行っている		○ 非該当
評価項目1の講評			
<p>日々のケアはケアプランに沿って行われているか、確認する記録の工夫が期待されます</p> <p>利用者に対する日々のケアは、「ケア方法・サービスの注意点」を確認しながら行っています。この注意点は利用者のケアプランで示しているサービス内容にリンクさせて作られており、短期目標の設定期間に合わせてケアプランの見直しも行われています。ケアプランで示すサービス内容の提供がどのように行われ、その結果利用者の様子はどのような状態なのかを確認するための日々の記録については、ケアプランとの連動性やどのような視点で記載していくのか、記載内容については改善の余地があります。今後の検討が期待されます。</p> <p>今まで生活スタイルを継続できるよう居室、施設内の環境を整えています</p> <p>利用者の居室内は、今まで家庭で使い慣れているもの、馴染みの品々を持ち込むことを可能としています。居室内は何もない空間よりも、その人らしい生活環境が作れることで、施設での生活がこれまでの生活の延長となる環境が作れるよう伝えています。居室環境だけではなく、施設内の自販機には、カップラーメンを購入できるものも設置しています。パチンコ台も廊下に設置しています。可能な限り、これまでの生活スタイルを継続できるよう取り組んでいます。</p>			
2 評価項目2 食事の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている			
評点(〇〇〇)			
評価	標準項目		
● あり ○ なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	2. 利用者の栄養状態を把握し、低栄養状態を改善するよう支援を行っている		○ 非該当
● あり ○ なし	3. 嚥下能力等が低下した利用者に対して、多職種が連携し、経口での食事摂取が継続できるよう支援を行っている		○ 非該当

評価項目2の講評

利用者の身体状態、嚥下状態に合わせた食形態で提供できるよう取り組んでいます

利用者の嚥下状態などを把握して、その人にあった食形態での提供ができるよう、常食、一口大、刻み、極刻み、ミキサー、ソフトと多くの形態に対応しています。また身体状態を確認しながら、食器、自助具も対応し、施設が重点目標に掲げている、「自宅復帰」に向けては、食形態も自宅で食することが可能な食形態で摂取できるよう、段階を踏んで対応しています。口腔ケアについては、歯科往診の結果を踏まえて歯磨きを行い、経口摂取維持につながるよう取り組むなど、準備に余念がありません。

栄養ケアマネジメントにて利用者の栄養状態を把握しています

毎月の体重測定、毎日の食事摂取量の把握などを確認しながら、利用者の栄養状態を把握しています。栄養ケアマネジメントでリスク管理を行い、体重低下が認められるときは、看護師等と検討して高カロリー食の提供などを行っています。栄養補助食品は、利用者の嗜好にも対応できるよう、飲むタイプであれば摂取可能という利用者にはドリンクタイプを提供するなど細やかに対応し、栄養状態維持に取り組んでいます。

3 評価項目3

利用者が食事を楽しむための工夫をしている

評点(〇〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の嗜好を反映した食事を選択できる機会がある	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. テーブルや席は、利用者の希望に応じて、一定の範囲内で選択できる	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	4. 配膳は、利用者の着席に合わせて行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目3の講評

食事は奇をてらった献立ではなく年代に合わせた食事提供を心掛けています

施設で提供する食事は、奇をてらった献立ではなく、利用者の年代に合った食事を提供できるよう心がけています。暦に従って季節に合わせた行事食も提供しており、敬老会の食事はお重で、正月はおせち料理、七草粥など目でも楽しめるよう趣向を凝らしています。また、年2回実施している嗜好調査の結果も反映しながら、週1回、昼食時にいつも通りの定食か麺類どちらかを選べる選択食も提供しています。主食のごはんは各ユニットで炊飯し、汁物も温めて提供しています。ユニット内にご飯の炊ける匂いは家庭での食事を思い出させる雰囲気も演出しています。

食席や提供時間は利用者の様子に合わせて対応しています

食事は毎食、各ユニットのリビングでいただいています。食席については、利用者の身長に合わせた高さのテーブルで利用者間の相性も考慮して配置しています。食事時間は3食とも基本時間はありますが、利用者のその日の状態に応じて時間をずらして提供するなど、衛生面、安全面で可能な範囲で対応しています。通院などで食事時間が完全に遅れてしまった場合には、パンとオムレツなど、軽食を提供することで対応しているため、1食抜けてしまうということがないようにしています。

4 評価項目4 入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(0000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の意向や状態を把握して、できるだけ自立性の高い入浴形態(個浴、一般浴等)を導入している	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 入浴の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 認知症の利用者に対し、個別の誘導方法を実施している	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 利用者が入浴を楽しめる工夫をしている	○ 非該当

評価項目4の講評

利用者の身体状態に合わせた入浴形態で入浴し、気持ちよく入れるよう工夫しています
週2回、個浴、ケア個浴、特浴の3種類の浴槽にて、利用者の身体状態に合わせて入浴を実施しています。個浴、ケア個浴は基本マンツーマンで対応し、特浴については2名介助で実施しています。入浴実施の有無は看護師が利用者の健康状態を確認して決定しています。誘導時に拒否があるときは無理強いせず、同性介助で行うなど臨機応変に対応しています。また、個浴では、入浴剤の使用やゆず湯など季節感のある演出をするなど、気持ちよく入浴できるよう工夫しています。

夜間浴や早朝浴は利用者の希望に合わせて対応しています
特定のユニットではありますが、夜間浴の実施に取り組んでいます。夜間浴を実施したことで、夜間頻回にトイレに行く方、声だしの多い方が安眠につながったという成果も表れています。また、お試しとして、朝一での入浴を希望する利用者に対して、7時から8時の間で実施する早朝浴についても実施しています。どちらも現在は人員配置の関係等で希望があがった時の対応としていますが、今後、懇談会で入浴時間の希望把握を行うことを検討しており、利用者の望むタイミングで入浴が実施できるよう前向きに取り組んでいます。

5 評価項目5 排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている		評点(0000)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の意向や状態に応じ、自然な排泄を促すよう支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 排泄の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 研修等によりオムツ交換、トイレ誘導等の排泄介助方法の向上に取り組んでいる	○ 非該当
● あり ○ なし	4. トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面や臭いに配慮し、清潔にしている	○ 非該当

評価項目5の講評

個々の排泄パターンを把握して排泄介助を行えるよう取り組んでいます

個々の排泄パターンを把握するため、24時間の記録シートで確認しています。これは、職員に対して定時交換だけではなく、個別対応の必要性も意識付けする目的もあります。また、適切な排泄介助が行えるよう、オムツ業者の協力を得て、研修会も実施しています。今回はポディメカニズムについて研修を行いました。介護力向上委員会を中心に排泄ケアの向上に向けて取り組んでいます。

自然排泄の維持に向けて工夫しながら水分摂取量の確保に取り組んでいます

自然排泄が維持できるよう、利用者の水分摂取量は一日1,000～1,500ccの確保を目指して取り組んでいます。施設内の全ユニットで、10時と午後のおやつ提供の前にお茶ゼリーを提供し、水分だけではなく、形態を変えて水分量摂取確保につなげています。当施設では、通常のお茶の他に、昆布茶も提供しています。これは、昆布茶が誤嚥予防の効果があるという情報を得て試みています。利用者にとって有益となることは積極的に取り入れる姿勢が表れています。

6 評価項目6

移動の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の状態や意向に応じ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. ベッド移乗、車イスの操作など移動のための介助が安全に行われている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者が快適に使用できるよう車イス等の環境整備が行われている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目6の講評

利用者の身体状態を把握して適した福祉用具の使用と移乗が行えるよう取り組んでいます

利用者の福祉用具の使用状況は入所前にケアマネジャーが確認し、入所後も利用者に必要な福祉用具を使用して生活できるよう個別に対応しています。福祉用具はユニットごとに居室担当が点検しています。移乗介助については研修にてスライディングボードの使用方の習得を、中途採用の職員は主任、副主任によるOJTで習得するよう取り組んでいます。より安全に利用者が安心して移乗介助を受けるためには、研修方法や内容を改善する必要があると施設は課題と捉えています。

7 評価項目7 利用者の身体機能など状況に応じた機能訓練等を行っている		評点(○○○●)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しをしている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 機能訓練のプログラムに日常生活の場で行うことができる視点を入れている	○ 非該当
○ あり ● なし	3. 機能訓練指導員と介護職員等の協力のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 福祉用具は、定期的に使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている	○ 非該当
評価項目7の講評		
<p>身体機能維持に向けて専門的根拠、視点をより持てるよう体制強化が期待されます</p> <p>生活リハビリを中心に利用者に対する機能訓練をケアプランに盛り込み取り組んでいます。車イスでの自走、居室からリビングまでの歩行などに日常生活動作の中で自然とリハビリにつながるよう取り組んでいます。利用者の自宅復帰を重点目標にケア方針を打ち出している当施設としては、身体機能維持への取り組み強化のため、専門的視点、根拠の中で個別機能訓練の充実を図ることは改善すべき点と捉えています。生活リハビリも可動域やその効果を職員が的確に捉え、統一感を持ってリハビリを行えるよう、今後の体制強化が期待されます。</p>		
8 評価項目8 利用者の健康を維持するための支援を行っている		評点(○○○○○)
評価	標準項目	
● あり ○ なし	1. 利用者の状態に応じた健康管理や支援を行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	2. 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている	○ 非該当
● あり ○ なし	3. 利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている	○ 非該当
● あり ○ なし	4. 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、看護師や医療機関と速やかに連絡が取れる体制を整えている	○ 非該当
● あり ○ なし	5. 終末期の対応をすでに行っているか、行うための準備が行われている	○ 非該当

評価項目8の講評

看護師を中心に医療機関と連携を図り、利用者の健康管理が行われています

利用者の健康管理は、医療機関とも連携を図り、看護師も手厚い配置で取り組んでいます。年1回の健康診断の他、定期的に内科の嘱託医が施設内をラウンドし、看護師とともに利用者の状態を把握しています。精神科、眼科は受診が必要と思われる利用者に対して検診を行っています。歯科医の協力のもと、口腔ケアについても行われており、一緒に歯科医と利用者の状態を把握した看護師から介護職員に指示をして利用者のケアにつなげています。看護師がいつでも対応できる体制をつくっていることは、利用者・家族にとって安心感の持てる環境です。

統一した見解のもと多職種で看取り対応ができるよう準備しています

入所時に医療的ケア・延命についてのアンケートにて、自宅復帰の希望とともに施設での看取りを希望するかを把握しています。看取りに対する準備として、看護師が講師となり、DVDにて看取りの研修も行っています。ケアマネジャー、生活相談員、介護職員、看護師、栄養士と利用者に係わる全ての職種の職員が出席することし、統一した見解のもと、利用者のお見送りができるよう取り組んでいます。

9 評価項目9

利用者が日々快適に暮らせるよう支援を行っている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 起床後、就寝前に更衣支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 起床後に洗顔や整髪等、利用者が身だしなみを整える際に支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 利用者が安定した睡眠をとることができるよう支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当

評価項目9の講評

一日の生活リズムを整え、メリハリをつけた生活となるよう更衣・整容を行っています

一日の生活リズムを作り、メリハリをつけた生活となるよう、基本的に起床時と就寝時の更衣支援を行っています。起床後は本人に洋服を選んでいただき、自分の着たい服で一日を過ごせるようにしています。整容に関しても居室で行い、くしなどは自分のものを使用して身だしなみを整えています。就寝時間は一応21時で設定していますが、寝付けない利用者や途中で覚醒してしまう利用者については、リビングでお茶を提供したり、テレビを観て過ごしていただくようにして、無理に睡眠を促さず、利用者の様子を見て対応しています。

10	評価項目10 利用者の施設での生活が楽しくなるような取り組みを行っている		評点(0000)
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、利用者の意思が尊重されている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者の意向を反映したレクリエーションを実施している	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 認知症の利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている	<input type="radio"/> 非該当
		<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 非該当
評価項目10の講評			
<p>利用者が施設内外で日々を楽しみながら過ごせるよう取り組んでいます</p> <p>施設内の行事は今年度発足した行事・ボランティア委員会にて検討し実施しています。その他、各ユニットにおいても計画的にレクリエーションを行い、利用者が楽しく日中を過ごせるよう取り組んでいます。行事を実施するにあたり企画書には、想定されるリスク、リスク回避方法も記載されており、あらゆる場面を想定して安全に実施できるよう準備しています。新茶会、納涼祭、敬老祝賀会など大勢で楽しむこと、ドライブや少人数での外出行事、クラブ活動など、施設内外で利用者が日々を楽しみながら過ごしていただけるよう取り組んでいます。</p> <p>認知症ケアの新たなケア方法や介護ロボットの導入など積極的に取り組んでいます</p> <p>利用者に寄り添って一人にしない支援を行うため、色々な方法を取り入れています。介護ロボットの導入もその一つです。利用者とのコミュニケーションツールとしてレクリエーションに取り入れ、各ユニットで順番に活用しています。また、香りにより気持ちが安定して過ごすことができるよう介護アロマも導入しています。職員が資格を取得しての取り組みです。その他、研修で新たな認知症ケアの新しい方法など、認知症の理解を深め、落ち着いた日々を過ごしていけるよう取り組んでいます。</p> <p>入居者懇談会をスタートしています</p> <p>各ユニットでこれまで毎月実施していた、懇談会を統一させ、新たに「入居者懇談会」を始めました。各ユニットで実施していた懇談会は皆でお茶のみの会でした。ユニットごとで行う内容も異なり、ショートステイで実施していることが特養でもできないかと検討し、この懇談会は始まりました。「入居者懇談会」では、主任、副主任も参加して利用者とは直接話をする機会となり、今後も開催内容を検討しながら、直接意見交換できる場の確保が期待されます。</p>			
11	評価項目11 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている		評点(000)
	評価	標準項目	
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 定期的な散歩や外食、遠出など外出の機会を設けている	<input type="radio"/> 非該当
	<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 利用者が地域の一員として生活できるよう、地域住民が参加できるような行事など、日常的な関わりが持てる機会を設けている	<input type="radio"/> 非該当
		<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 非該当

評価項目11の講評

地域の方々との関わりは、利用者の日常に良い刺激を与えています

毎年開催している施設行事である納涼祭の開催時期を、今年度は7月開催に変更しました。加入している町会の協力で回覧板に開催の案内を入れていただき、地域の方々の来場を含め、800名ほどの参加と盛況に行われました。地域の方々と行事と一緒に楽しむことで、施設での生活であっても地域の一住民として関わることができていると推察されます。その他、通常のレクリエーションやクラブ活動で、地域の方のボランティアを受け入れ、職員とは違う立場の人との触れ合いは日常生活に良い刺激を与えています。

外出企画は地域にある資源を活用しています

各ユニットで企画するレクリエーションには、外食を楽しむなど地域に出かけて行く機会もあります。施設内に地域の方々をお迎えするだけでなく、自身で出かけて行くことで地域の様子を知ることができています。地域内でのイベントなども利用者で紹介しています。外出の機会としては、お花見やドライブなど、地域の公園等に出かけ行き、地域にある資源を活用しています。

12 評価項目12

施設と家族との交流・連携を図っている

評点(〇〇〇)

評価	標準項目	
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	1. 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	2. 家族や利用者の意向に応じて、家族と職員・利用者が交流できる機会を確保している	<input type="radio"/> 非該当
<input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし	3. 家族または家族会が施設運営に対し、要望を伝える機会を確保している	<input type="radio"/> 非該当

評価項目12の講評

家族懇談会や毎月の報告で施設、利用者の様子を報告しています

年2回、家族懇談会を開催し、施設や法人の取り組みを家族に報告し理解いただけるよう取り組んでいます。家族懇談会には施設長のほか、主任、生活相談員、看護師、栄養士も参加して、それぞれの職種で関係ある予定等についてアナウンスを行っています。終了後は、各職種の職員をテーブルに配置し、家族が個別に相談できる時間を設けています。家族が聞きたい内容をそれぞれの専門性を持って対応できるよう努めていることがうかがえます。その他、毎月ケアマネジャーから家族に利用者の様子を伝え、情報共有を図っています。

面会にみえた家族と利用者が一緒に寛げるよう受け入れています

面会時間は設けていますが家族の面会は多く、休憩室などで利用者と一緒に寛いでいただくよう受け入れています。また、施設全体で行う行事のほか、ユニットで行うお誕生日会も案内し、足を運んでいただき、施設内や利用者の様子を直接みていただけるよう努めています。しかしながら、案内したイベントへの家族の参加は少ない現状があり、今後、家族も交えてのイベントや行事の企画を検討することを考えています。

No.	特に良いと思う点	
1	タイトル	職員間で利用者の現状で必要なケア内容を共有し、統一したケアを提供できるよう取り組んでいます
	内容	利用者の状態は多職種において専門的な視点で評価を行い、ケアプランに盛り込み利用者のケアが行われています。また、利用者に対するケアを統一し、また、ケアプランで掲げているサービス内容を意識して日々のケアにつなげるよう、「ケア方法・サービス上の注意点」を居室担当職員が作成しています。シフト勤務体制のため、常と同じ職員が利用者のケアを行うわけではないため、利用者の現状で必要なケア内容を共有することは、利用者にとって有益な取り組みと推察されます。個別ケアで大切な視点を職員間で確認しながら取り組んでいます。
2	タイトル	利用者の個別性を大切にし、個々の現状に即したケアを根拠を持って提供できるよう取り組んでいます
	内容	入浴、食事、排泄について、利用者個々の状態を把握した中で個別性の高いケアを提供できるよう取り組んでいます。食事については利用者のペースで食することはできるように、入浴についてはマンツーマンでの個浴またはケア個室を基本とし、可能な限り入浴時間も希望に合わせて対応しています。排泄についても、個別の排泄パターンを24時間記録シートにて把握し、水分量も確保できるよう提供しながら自然排泄の継続に取り組んでいます。自宅復帰支援を強化するにあたり、利用者の現状を把握し個別性の高いケアが提供できるよう取り組んでいます。
3	タイトル	新卒者中心の採用が職場の風通しの良さに表れています
	内容	新卒者の採用に力を入れられています。開設3年目で22名の新卒職員が在籍しています。常勤職員全体の25%が新卒の割合です。また、新卒・新人の研修体系が整備されています。4月入職時点の研修に留まらず、1カ月経った時点で「新卒者共有会」で新卒者の悩みを吸い上げつ場があります。さらには年度末には2年目に向けた研修があり、新卒・新人育成にきめ細かな配慮がされています。
No.	さらなる改善が望まれる点	
1	タイトル	自宅復帰プログラム等、経営理念に沿った独自の取り組みの成果が期待されます
	内容	事業計画の中で、経営理念に沿った独自の取り組みの実践が掲げられています。なかでも自宅復帰プログラムを通じて、利用者の自宅復帰の希望を実現することが事業所の使命である、という認識が強く打ち出されています。ケアプランには自宅復帰した場合、必要になるであろう「夜中一人でトイレに行けるようになる」等を目標に掲げて半年ごとのモニタリングに力を注いでいます。取組み自体は行っていますが、理学療法士の欠員等の原因により成果が思う以上に上がっていない状況も見受けられます。具体的な成果を積み重ねていくことが期待されます。
2	タイトル	管理体制を充実させることによる運営の安定化と生産性の向上による安定的な経営が望まれます
	内容	開設3年目によりやく140名定員のフル稼働が達成できました。今後は、事業所の重点目標の一つである「入所・短期合算の稼働率99.5%」の達成に向けた取組みの強化が求められます。そのためにも、担当課長の入れ替わりが多いなど、組織の管理体制を充実させるうえでネックとなっている要因を改善し、運営を安定化させていくことが望まれます。平成25年度の収支差額は4.4%でしたが、大規模施設のスケールメリットを活かす職員が生産性を上げて更なる収支差額の向上が望まれます。
3	タイトル	介護技術の基礎となる移乗動作など、介護技術の向上に向けて今後どのような取り組みが必要なのか検討し、実施していくことが期待されます
	内容	利用者の自宅復帰を重点目標にケア方針を打ち出している当施設としては、身体機能維持への取り組み強化のため、専門的視点、根拠の中で個別機能訓練の充実を図ることは改善すべき点と捉えています。生活リハビリも可動域やその効果を職員が的確に捉え、統一感を持ってリハビリを行えるよう、今後の体制強化が期待されます。さらに、全ての基本となる移乗介助動作など、介護技術の習得に関する研修等も現在十分に行われているとは言えず、経験年数等も考慮しながら計画的に実施していくことが期待されます。